

福井市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象者認定申請書

福井市長 あて

年 月 日

申請者

住所 福井市

(続柄)

電話番号

福井市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成実施要綱第 5 条第 1 項に基づき、助成の対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、福井市が再接種費用助成の認定について必要な情報を医療機関に問い合わせることに同意します。

再接種を受ける者 氏 名	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
住 所	(申請者住所と異なる場合に記入)	
再接種に係る 予防接種名		
再接種の 実施予定医療機関	住 所 医療機関名	

【添付書類】

- ☐ 医師意見書（様式第2号）
- ☐ 再接種が必要となる以前の定期予防接種の履歴が確認できる書類（母子健康手帳等）